Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport van het inspectiebezoek op 10 december 2014 aan Verpleeghuis Talma Hûs te Veenwouden en Zorgcentrum De Skûle te Metslawier

Utrecht,
januari 2015

V1004262

Inhoud

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 10 december 2014 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Verpleeghuis Talma Hûs en Zorgcentrum De Skûle (hierna: Talma Hûs en De Skûle) te respectievelijk Veenwouden en Metslawier. In dit rapport wordt eerst het kader uiteengezet waarin de inspectie het bezoek bracht. Achtereenvolgens worden in de volgende hoofdstukken beschreven de conclusie, de handhaving (met daarin de te nemen maatregelen) en de resultaten.

1.1 Aanleiding en belang

De inspectie heeft als doel de risico's op gezondheidsschade bij cliënten te beperken door naleving te bevorderen van wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden bij ondertoezichtstaanden.
Dit inspectiebezoek had tevens een andere aanleiding, namelijk te kijken of de randvoorwaarden voor de kwaliteit en de continuïteit van zorgverlening (nog) aanwezig zijn, dit in verband met het faillissement van de Stichting Zorggroep Pasana.

De Stichting Zorggroep Pasana (waaronder Ziekenhuis de Sionsberg) is in een faillissement geraakt. Op 21 november 2014 heeft de bank de betaalrekeningen en betalingen geblokkeerd. Op 28 november 2014 heeft de rechtbank Noord Nederland, locatie Leeuwarden het faillissement uitgesproken van de Stichting Zorggroep Pasana (hierna: Pasana), gevestigd in Dokkum. De rechtbank heeft curatoren aangesteld. Pasana exploiteert onder meer verzorgings- en verpleeghuizen in Noord-Friesland en op Ameland (ouderenzorg).

Voor de ouderenzorg is er een vangnet stichting opgericht 'Stichting Continuïteit Zorgverlening Friesland' (hierna: Stichting Continuïteit). De curatoren hebben een bestuurder aangewezen voor de Stichting Continuïteit die verantwoordelijk is voor de continuering (tot een afgesproken tijd) van alle zorgverlening (intra- en extramuraal en dagverzorging) aan de huidige en toekomstige cliënten van de zorgcentra behorende tot de Pasana Groep.

Gegeven de ontstane situatie en een door de inspectie ontvangen signaal wordt tijdens dit bezoek naast de randvoorwaarden voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorgverlening ook specifiek de medicatieveiligheid beoordeeld.

1.2 Doelstelling

Doel van het inspectiebezoek aan Talma Hûs en De Skûle was te beoordelen in hoeverre Talma Hûs en De Skûle voldoen om de continuïteit van zorg te verlenen en of de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg aanwezig zijn.

1.3 Methode

De inspectie gebruikte een bezoekinstrument waarin de te toetsen onderwerpen en de normen zijn vastgelegd. Het volgende onderwerp kwam aan bod:

- Medicatieveiligheid.

Om tot een oordeel te komen heeft de inspectie:
- Gesprek gevoerd met de directeur ouderenzorg;
- Gesprek gevoerd met de specialist ouderengeneeskunde tevens medische manager;
- Gesprek gevoerd met de locatiemanager van Talma Hûs;
- Gesprek gevoerd met de voorzitter van de cliëntenraad van locatie Talma Hûs en tevens lid van de centrale cliëntenraad;
- Gesprek gevoerd met zorgcoördinatoren;
- Gesprekken gevoerd met uitvoerend medewerkers;
- Een rondgang gemaakt waarbij voornamelijk naar de medicatie voorraadruimtes en de medicijnkarren op de afdelingen is gekeken.

1.4 Toetsingskader

De normen die de inspectie toetste zijn gebaseerd op de wet- en regelgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisatie en brancheverenigingen en aan zorgvuldigheidsnormen van de inspectie zelf (zie bijlage 2).

1.5 Beschrijving locaties

Talma Hûs in Veenwouden (Feanwâlden) is een verpleeghuis voor cliënten met een psychogeriatrische ziektebeeld. Talma Hûs bestaat uit tien wooneenheden voor in totaal 150 cliënten. Elke cliënt heeft een eigen kamer en er is een gezamenlijke huiskamer. Tevens is er de mogelijkheid van dagopvang en een dagbehandeling. Zowel op de huiskamers als in de recreatiezaal worden activiteiten georganiseerd.

De Skûle is een zorgcentrum in Metslawier met 58 appartementen en een verpleegunit (behandelzorg) 'De Klink' met 15 appartementen voor cliënten met psychogeriatrische problematiek. Elke cliënt heeft een eigen appartement.

Talma Hûs en De Skûle zijn twee locaties van de ouderenzorg van Pasana. De ouderenzorg van Pasana, nu Stichting Continuïteit, bestaat uit twee verpleeghuizen, vier zorgcentra 's en een zorgcentrum op Ameland, een 'kleinschalige woonvorm' en een huis voor palliatieve zorg. Op dit moment heeft verpleeghuis Talma Hûs elf lege plaatsen. De Skûle en verpleegunit De Klink hebben geen leegstand.

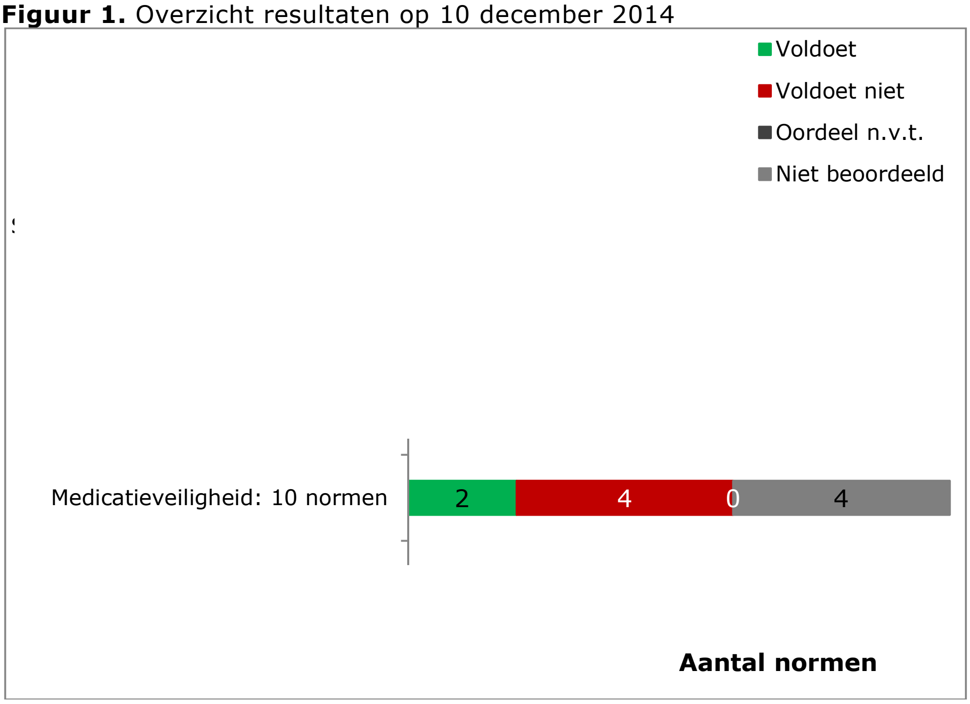
2 Conclusies

Dit hoofdstuk start met een overzicht van de bevindingen.
In hoofdstuk 4 (resultaten) zijn de bevindingen toegelicht. Daarna volgt een paragraaf met een beschouwend karakter. In de afsluitende paragraaf geeft de inspectie haar conclusie.

2.1 Overzicht van de resultaten

Figuur 1 biedt een overzicht van de beoordeelde normen van het thema medicatieveiligheid.

Figuur 1. Overzicht resultaten op 10 december 2014



2.2 Bevindingen

De overgangsfase die onder andere Talma Hûs en De Skûle doormaken is ingrijpend. Zowel management als medewerkers tonen zich bewust van de kwetsbare situatie en werken hard om de kwaliteit en de continuïteit van zorg te waarborgen. Het vergt veel energie, betrokkenheid en tijd om -ondanks de onzekerheid- alle medewerkers in dit proces mee te nemen. De medewerkers hadden net twee dagen geleden gehoord dat er een aantal medewerkers waren ontslagen (Talma Hûs negen medewerkers en in De Skûle één). De gesprekspartners waarmee de inspectie tijdens het bezoek heeft gesproken maakten allen een betrokken indruk.

2.3 Continuïteit in de zorgverlening

Er is geen sprake van enige wijziging in de zorgverlening. De zorgverlening is onverminderd gecontinueerd. De roostering van de personele bezetting functioneert nog als voorheen, zowel van de medische en paramedische, als van de verzorgingsdiensten. Multidisciplinaire overleggen waarin de zorg en behandeling wordt besproken, zijn onverminderd doorgegaan. Primaire processen ten aanzien van voeding, was en schoonmaak zijn doorgegaan.

Alle gesprekspartners geven aan dat de inzet van medewerkers onverminderd doorgang vindt. De verantwoordelijkheidstoedeling en de aanspreekpunten zijn voor de medewerkers duidelijk. Om de zorgverlening tijdens deze overgangsfase te kunnen blijven waarborgen maakt de directie een plan van aanpak.

2.4 Communicatie heeft de aandacht

Cliënten en/of hun vertegenwoordigers (familie) zijn en worden schriftelijk en mondeling geïnformeerd. De cliëntvertegenwoordiger geeft aan, dat over het geheel genomen cliënten goed geïnformeerd zijn maar dat ook bij cliënten onzekerheid leeft over de toekomst. Het management komt elke morgen even bij elkaar om te kijken waar er nog vragen of onduidelijkheden zijn en proberen daar ook zoveel als mogelijk antwoord op te geven. Alle gesprekspartners gaven aan dat er openheid is naar elkaar toe. Er is een sterk 'wij' gevoel; doorgaan en elkaar ook waar mogelijk ondersteunen.

2.5 Medicatieveiligheid verdient de aandacht

Zoals te zien aan de scores zijn er verschillende verbeterpunten wat betreft de medicatieveiligheid. Bij zowel Talma Hûs, De Skûle, als de verpleegunit De Klink waren geneesmiddelen aanwezig die over de vervaldatum waren. Er is geen of onvoldoende controle. De werkwijze van afvoeren van retourmedicatie is niet conform de norm.

2.6 Conclusie: niet alle normen worden nageleefd

Het Talma Hûs en De Skûle voldoen niet alle normen.
Dit geeft een risico op onverantwoorde zorg en gezondheidsschade voor de cliënt. Om de risico's te beperken wordt van u verwacht dat u maatregelen neemt. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen en vervolgacties.

3 Handhaving

In dit hoofdstuk zijn de scores op de normen, die als onvoldoende zijn beoordeeld in een overzicht weergegeven. Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat er maatregelen genomen worden in Talma Hûs en De Skûle binnen een daarvoor vastgestelde termijn.
De inspectie maakt hierbij onderscheid tussen termijnen van vier weken of zes maanden. De inspectie gaat ervan uit dat hoofdstuk 4 voldoende informatie bevat om de benodigde verbeteringen uit te voeren om te voldoen aan de hieronder genoemde normen.

3.1 Door de zorgaanbieder te treffen maatregelen

Normen waaraan binnen maximaal vier weken na de bezoekdatum voldaan moet zijn.

4.5 Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en toedienlijst van de apotheker.
4.8 De medewerker past door de apotheek uitgezette medicatie alleen aan op aantoonbaar voorschrift van de arts.
4.11 Er is geborgd beleid rondom de omvang, identiteit en opslag van de voorraad geneesmiddelen.

Normen waaraan binnen maximaal zes maanden na de bezoekdatum voldaan moet zijn:

4.7 Niet GDS medicatie wordt door een tweede bekwaam persoon gecontroleerd, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.

3.2 Resultaatsverslag

De inspectie verwacht een resultaatsverslag waarin per norm staat:

- Of binnen de gestelde termijn is voldaan aan de norm.
- De aanpak en acties waarmee is bereikt dat aan de norm is voldaan.
- De wijze waarop is gemeten dat aan de norm is voldaan.

De inspectie verwacht het resultaatsverslag voor de normen waar u binnen vier weken na de bezoekdatum aan moet voldoen uiterlijk **19 januari 2015**.
De inspectie verwacht het resultaatsverslag voor de normen waar u binnen zes maanden na de bezoekdatum aan moet voldoen voor **10 juni 2015**.

3.3 Beoordeling van overige locaties

De inspectie verwacht dat het verantwoordelijk management ook in andere locaties of in ander teams beoordeelt of aan de normen wordt voldaan en zo nodig passende maatregelen neemt.

3.4 Vervolgacties inspectie

Op basis van de ontvangen resultaatsverslag beoordeelt de inspectie of vervolgacties nodig zijn. Een aangekondigd of onaangekondigd hertoetsbezoek aan Talma Hûs en De Skûle behoort tot de mogelijke vervolgacties.

4 Resultaten inspectiebezoek

Dit hoofdstuk start met een overzicht van de scores op de normen.
De inspectie geeft in dit hoofdstuk in principe alleen een toelichting als niet aan de norm is voldaan. In sommige gevallen zal ook bij normen waar wel aan is voldaan een toelichting opgenomen kunnen worden. 'Niet van toepassing' wordt gescoord als de situatie waarop de norm van toepassing is, in deze locatie of binnen het team nooit voorkomt. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is, op de locatie wel voorkomt, maar niet aan de orde is geweest tijdens het bezoek. De nummering van de normen is niet altijd opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen en niet alle normen uit dit bestand worden getoetst.

4.1 Medicatieveiligheid

		Voldoet	**Voldoet niet**	**Oordeel n.v.t.**	**Niet beoordeeld**
4.1	De arts en de apotheker verrichten jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.				x
4.2	De medicatie wordt alleen gemalen met schriftelijke instemming per geneesmiddel van de arts of apotheker.	x			
4.3	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven en legt de gemaakte afspraken daarover vast in het zorg-/ondersteuningsplan.				x
4.4	De procedure rondom uitzetten, toedienen en registreren is beschreven in een procedure farmaceutische zorg.				x
4.5	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en toedienlijst van de apotheker.		x		
4.6	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van het toegediende geneesmiddel.				x
4.7	Niet GDS medicatie wordt door een tweede bekwaam persoon gecontroleerd, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.		x		
4.8	De medewerker past door de apotheek uitgezette medicatie alleen aan op aantoonbaar voorschrift van de arts.		x		
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie op (door de apotheek verstrekte) toedienlijst.	x			

4.11	Er is geborgd beleid rondom de omvang, identiteit en opslag van de voorraad geneesmiddelen.		x		

Opmerking:
De Skûle is een zorgcentrum en heeft geen werkvoorraad medicatie. De Klink en het Talma Hûs (verpleeghuis/behandelzorg) wel.

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

4.5 Voor enkele medicatie werd een medicatieoverzicht en toedienlijst zelfgemaakt door de medewerker. (De Skûle: door gesprekspartners werd aangegeven dat medewerkers al wel in gesprek waren met de verantwoordelijk apotheekhoudende huisarts.)

4.7 De tweede controle werd niet of onvoldoende bekwaam uitgevoerd en het was onvoldoende traceerbaar wie dat doet en hoe het gebeurde. Er was fentanyl afgetekend op de medicatielijst voor gegeven, maar er was niets uit de voorraad -op naam van de cliënt- gehaald op die datum. (De Skûle)

4.8 Er werden handmatige wijzigingen door de medewerkers op het medicatieoverzicht en de toedienlijst aangetroffen. Tijdens de rondgangen trof de inspectie handmatige bijschrijvingen op de medicatieoverzichten aan van onder andere movicolon, oxazepam en paracetamol. (De Skûle)

4.11 Er was geen aantoonbare periodieke controle op de werkvoorraad en/of het was niet vastgelegd wie hiervoor verantwoordelijk was. (Talma Hûs, De Klink)[1]

Er was geen registratie van gebruik van de werkvoorraad. De registratie van het gebruik uit de werkvoorraad werd soms wel afgetekend bij de cliënt in het dossier. (Talma Hûs)

Bij een medicijndoosje in de werkvoorraad was het etiket verwijderd en was er handmatig een naam van een andere cliënt op geschreven. (Talma Hûs)

Voor een cliënt werd al langere tijd medicatie uit de werkvoorraad niet op naam gestelde medicatie gehaald. (Talma Hûs)

In de werkvoorraad en de medicijnkarren waren geneesmiddelen aanwezig die over de vervaldatum waren. (Talma Hûs, De Klink en De Skûle)

Retourmedicatie werd niet in een afgesloten box bewaard. (Talma Hûs, De Klink en De Skûle)

Koelkast werd niet op temperatuur gecontroleerd. In De Klink kon men de registratie van de temperatuur koelkast niet vinden en de sensor van de koelkast lag niet in de daarvoor bestemde paraffine.

Medicatie onder opiumwetgeving werd niet in een afgesloten kast/kluis bewaard en/of de voorraad was niet goed geregistreerd. (Talma Hûs)

1 In reactie op de concept rapportage geeft Pasana aan op 6 januari 2015:
"*De periodieke controle op de werkvoorraad van De Klink vindt 2x per jaar plaats en de laatste controle was 19 augustus 2014.*"

De datum van openen van dranken en druppels waren soms niet geregistreerd op de verpakking. Het was onduidelijk hoelang ze houdbaar waren na het openen. (De Skûle en De Klink)
Tevens stonden er verschillende flesjes geopende druppels al lang over de houdbaarheidsdatum in de medicijnkar. (De Klink)

De medicatiemaler op de medicijnkar was niet schoon. (De Klink)

Bijlage 1 Overzicht wetten, veldnormen, circulaires en rapporten

Wetgeving:
- Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ).
- Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ).
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.
- Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg.

Veldnormen:
- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007.
- Handreiking werkwerkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN, 2012.
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking, CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ, 2008.
- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Nationale beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2007.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS,ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- RIVM Hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra, 2012.
- Richtlijn Probleemgedrag, Verenso, 2006.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005.

Circulaires en rapporten:
- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.

- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.
- Verantwoord richtlijngebruik in de gehandicaptensector, NIVEL, 2010.